WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

ROK XII 1941 NUMER 6/7

Dr Fr. KELLER, Klinika Kobieca, Freiburg.

LECZENIE NIEPOWŚCIĄGLIWYCH WYMIOTÓW CIĘŻARNYCH

(Referat podług Med. Klinik 1940, nr 10).

W lżejszych postaciach emesis gravidarum stan przedmiotowy ulega poprawie już pod wpływem samego leczenia dietetycznego (śniadanie w łóżku, zwiększenie liczby posiłków). Potrawy spożywane z niechęcią należy zastąpić innymi, odpowiadającymi bardziej apetytowi ciężarnych. W każdym bądź razie należy dbać, aby dieta w miarę możności obfitowała w węglowodany. Wrażliwość zakończeń nerwowych żołądka można obniżyć przy pomocy Anaesthesiny. *v. Jaschke* przepisuje:

Rp. Anaesthesini 0,3	Sacch. albi 0,2
Codeini phosph. 0,02—0,03	M. f. pulv. D. S. 3 proszki dziennie.

Wielokrotnie polecane w ostatnich latach związki ceru, szczególnie szczawian ceru, mają centralnie uspokajać ośrodek wymiotny; w wymiotach ciężarnych również bardzo często skutkują dobrze leki stosowane w chorobie morskiej oraz przetwory kozłka.

Od niewinnych wymiotów należy odróżnić niepowściągliwe wymioty ciężarnych. Tutaj zawodzą zwykle przytoczone powyżej środki, niekiedy jednak przy pomocy zmiany środowiska udaje się osiągnąć poprawę stanu zdrowia. Na początku leczenia należy conajmniej na przeciąg 3 dni wyłączyć wszelkie doustne przyjmowanie pokarmów, w miejsce ich stosuje się natomiast wlewania podskórne, lewatywy kroplowe, w razie potrzeby również lewatywy odżywcze, w ciężkich zaś przypadkach trwałe kroplówki dożylne z 5 — 10%-owego roztworu cukru gronowego oraz podskórne wlewania roztworu soli kuchennej *(Ringera)*. Dla polepszenia przyswajania cukru gronowego wstrzykuje się dwa razy dziennie po 5 jednostek insuliny (obok równoczesnego podawania węglowodanów). Spośród leków uspokajających można zastosować doodbytniczo brom,

Adalinę (3 razy dziennie po 0,5 g) lub wodan chloralu. W razie złego wchłaniania lepiej jest wstrzykiwać 3 razy dziennie po 330 cm³ 10%-owego roztworu cukru gronowego. Obok tego należy również od samego początku próbować leczenia psychoterapią, ponieważ nawet w ciężkich postaciach hyperemesis rzadko kiedy nie stwierdza się obecności podłoża psychicznego. W ostatnich czasach wielokrotnie próbowano wywierać wpływ na omawiane cierpienie przy pomocy hormonów lub witamin. Między innymi zaleca się Progesteron (do 15 mg dziennie). Ponieważ w myśl poglądów pewnych badaczy istnieje tu zaburzenie czynności istoty korowej nadnerczy, przeto przeprowadza się również próby leczenia hormonami kory nadnerczy. Wyniki są zazwyczaj dobre. Również stosuje się follikulinę i paratyreoidynę (hormon gruczołów przytarczycowych) w połączeniu z wapniem; jednakowoż są to odosobnione spostrzeżenia, podczas gdy leczenie przy pomocy hormonu kory nadnerczy było wielokrotnie wypróbowane i prawie zawsze uwieńczone pomyślnym skutkiem. Spośród witamin należy szczególnie podkreślić znaczenie witaminy C. 3 wstrzyknięcia Cantanu (obok cukru gronowego) mają przynosić poprawę, po 8 następuje zupełne wyleczenie. Leczenie Cantanem można jednak kontynuować przez dłuższy czas. W ciężkich stopniach niepowściągliwych wymiotów można podawać dziennie do 1 g witaminy C. Działanie jej ma być szczególnie efektowne wobec równoczesnego leczenia hormonem nadnerczy. Również próbowano w wymiotach ciężarnych stosowania witaminy B_1, wszakże w połączeniu z hormonem kory nadnerczy lub insuliną, z cukrem gronowym, bądź wreszcie wyciągami wątrobowymi. Ostatnie dwa leki podawano w celu ochraniania miąższu wątroby. Inni autorzy uzyskali wystarczające wyniki wyłącznym stosowaniem wyciągów wątrobowych (np. co 2. dzień po 2 cm³ Campolonu). Autorzy, ujmujący hyperemesis jako alergozę, stosują wstrzykiwania peptonu, wstrzykiwania mleka kobiecego, przetaczania krwi lub autohemoterapię, surowicę źrebnych klaczy, surowicę zwykłą, surowicę ciężarnych, krew mężczyzn. Próbuje się także upustów krwi. O wynikach leczenia przeciwalergicznego nie można jeszcze wyrobić sobie dostatecznie pewnego zdania. Mnogość polecanych sposobów leczniczych świadczy wszakże o tym, że nie znamy jeszcze leczenia przyczynowego, któreby skutkowało w każdym przypadku. *Keller* miał możność spostrzegania szeregu przypadków nie poddających się jakiemukolwiek leczeniu zachowawczemu, tak że jedynym sposobem ratowania życia chorych było przerwanie ciąży. Zwiększenie się zawartości bilirubiny we krwi powyżej 2 mg % stanowi podług *Kellera* sygnał ostrzegający przed zbliżającym się pogorszeniem i nakazuje nie zwlekać dłużej z przerwaniem ciąży. Obok żółtaczki, poziomu bilirubiny we krwi oraz prawdopodobnie zawartości azotu pozabiałkowego we krwi, o wyborze sposobu postępowania powinien rozstrzygać również ogólny stan chorej.

Dr SCHULTZE, dr WINTZ i in.

LECZENIE ZAPALNYCH SCHORZEŃ PRZYDATKÓW PRZY POMOCY SZCZEPIONKI EUFLAMIN

Aczkolwiek zapalne schorzenia przydatków na ogół nie stanowią bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia, to jednak powinno się uważać je za cierpienia poważne, posiadające bolesny i długotrwały przebieg, prowadzący bardzo często do nieodwracalnych uszkodzeń. Należy przy tym uwzględniać nie tylko wywołane cierpieniem urazy fizyczne i psychiczne, bowiem długotrwała choroba posiada również znaczenie z punktu widzenia społecznego, powodując niezdolność do pracy i obciążając fundusze instytucji ubezpieczeniowych.

Zapalenia przydatków powstają najczęściej na drodze wstępującej wskutek przechodzenia zarazków chorobotwórczych z pochwy do macicy i jajowodów. Wędrówka ta może dochodzić do skutku dzięki szeregowi sprzyjających czynników, jak niedostateczne siły obronne ustroju, szczególna zjadliwość drobnoustrojów i czynniki natury mechanicznej (rozszerzania, skrobanki, przepłukiwania, wprowadzane pesaria wewnątrzmaciczne). Miesiączkowanie oraz połóg również ułatwiają zakażenie. W ten sposób stopniowo dochodzi do zapalenia szyjki macicy, zapalenia trzonu, jajowodów, ropniaka jajowodu i wreszcie zapalenia otrzewnej miednicznej. Ostry okres cierpienia przebiega najczęściej z wysoką gorączką oraz silnymi bólami. Stan ogólny doznaje znacznego upośledzenia, co pociąga za sobą bezwzględną niezdolność do pracy.

Po ustąpieniu objawów ostrych rozpoczyna się okres choroby cechujący się zlepami i zrostami. Może dojść do wytworzenia się ustalonego tyłozgięcia macicy, zrostów przydatków w zatoce Douglasa, zrostów z odbytnicą, siecią, pętlami jelita cienkiego, wyrostkiem robaczkowym, pęcherzem i t. p. W rezultacie wysuwają się na pierwszy plan mniej lub więcej zaznaczone procesy bliznowate, wywołujące bóle z pociągania, prowadzące częstokroć do zaburzeń w oddawaniu stolca aż do ciężkiego zaparcia i jego następstw włącznie. Nierzadko dołącza się również bolesne miesiączkowanie.

W związku z powyższym należy również pamiętać, że przewlekłe zapalenie przydatków może być punktem wyjścia zakażenia ogniskowego, które oddziałuje na cały ustrój za pośrednictwem rozsiewów bakteryjnych lub wpływu toksycznego. Ogniska tego rodzaju mogą stanowić również przyczynę chorób gośćcowych.

Największe znaczenie posiada jednak niepłodność wywołana obustronnym zniesieniem drożności trąbek. W Europie środkowej na przykład,

na 500 000 małżeństw zawartych w ciągu jednego roku, 100 000 nie posiada dzieci (*Schultze* D. M. W. 52, 1936, Ztr. f. Gynäk. 40, 1936). Tak więc leczenie zapalnych schorzeń przydatków, będących jedną z najczęstszych przyczyn niepłodności, stanowi zagadnienie ważne również z punktu widzenia polityki narodowościowej.

Niejednokrotnie ujawniająca się problematyczność wyników leczenia schorzeń przydatków wiąże się z brakiem dostępu do ognisk chorobowych. Również stosowanie środków chemoterapeutycznych — pozajelitowo lub doustnie — nie dało dotychczas zadawalniających wyników.

Większe znaczenie przypisuje się natomiast fizykoterapii, zwłaszcza leczeniu falami krótkimi; jednak co do możliwości stosowania tej metody w świeżych sprawach — zdania są podzielone. Należy jednak dążyć właśnie do leczenia spraw świeżych, gdyż zrosty powstające bardzo często w przebiegu choroby mogą doprowadzić do otorbienia wytwarzających się ognisk zapalnych, a wreszcie spowodować niepłodność. Podczas gdy przy innych postaciach niepłodności można dzięki odpowiednim zabiegom osiągnąć jednak w pewnym odsetku zapłodnienie, przy niepłodności na tle zmian w jajowodach rokowanie jest szczególnie niepomyślne, gdyż według piśmiennictwa najwyżej w 4% leczonych przypadków można liczyć na osiągnięcie pomyślnych wyników. Z tego wniosek, że z leczeniem schorzeń przydatków nie można zwlekać, lecz przeciwnie należy dążyć wszelkimi środkami do przyspieszenia resorpcji, dopóki powstałe zmiany patologiczne dopuszczają jeszcze osiągnięcie dobrych wyników kuracji.

Leczenie schorzeń przydatków jedynie metodą fal krótkich nie wystarcza (*Wintz:* D. M. W. nr 28, 1937, str. 1905). Terapię tego rodzaju można stosować jedynie jako fragment leczenia, obejmującego naświetlania ogólne promieniami cieplnymi, podawanie wapnia, który między innymi ma wzmagać działanie lecznicze fal krótkich, a przede wszystkim terapia bodźcowa za pomocą środków swoistych i nieswoistych, jak Yatren-Casein i szczepionki.

Przy leczeniu swoistym zasadnicze znaczenie posiada ustalenie zarazków wywołujących dane schorzenie.

Z piśmiennictwa wynika, że w zależności od znalezionych zarazków można odróżnić 3 rodzaje zapaleń przydatków:

1) Nieswoiste zapalenie przydatków. Jako czynnik chorobotwórczy wchodzą w rachubę paciorkowce, gronkowce i pałeczka okrężnicy.

2) Swoiste rzeżączkowe zapalenie przydatków.

Przy tej postaci schorzenia trzeba mieć na uwadze, że prawie nigdy nie ma czystego zakażenia gonokokowego, lecz że wcześniej czy później powstaje zakażenie mieszane zarazkami wymienionymi pod 1). Może ono dojść tak daleko, iż w późniejszych okresach choroby swoiste zakażenie gonokokowe schodzi na plan drugi, a zarazki wtórne opanowują całkowicie obraz chorobowy.

3) Swoiste gruźlicze zapalenie przydatków.

Liczba schorzeń swoistych i nieswoistych ulega znacznym wahaniom, zależnie od miejsca zamieszkania ludności danego okręgu. Podczas gdy na wsi stwierdza się

w 30% zapalenie nieswoiste
w 20% zapalenie swoiste gruźlicze
w 50% zapalenie swoiste rzeżączkowe

w dużych miastach odsetek swoistych zakażeń gonokokowych dochodzi do 90%.

Z poprzednio wymienionych postaci schorzeń przydatków, do nieswoistego ew. swoistego leczenia bodźcowego — które łącznie z terapią krótkofalową można rozpocząć po ustąpieniu pierwszych gwałtownych objawów — nadają się tylko swoiste rzeżączkowe i nieswoiste zapalenia przydatków.

Fakt, że w Niemczech nie było dotychczas szczepionki przeciw zapaleniom przydatków, stał się bodźcem do stworzenia odpowiedniego przetworu, który składa się ze swoistych antygenów zarazków biorących udział w wywoływaniu procesów zapalnych przydatków i w których działanie antygenów swoistych zostało wzmocnione przez dodanie nieswoistych antygenów białkowych i lipoidalnych.

Dodatnia strona tego kompleksu antygenowego — wytwarzanego w Behringwerke pod nazwą Euflamin — polega na możliwości jednoczesnego leczenia drogą uodpornienia i łagodnego leczenia bodźcowego. Euflamin składa się z antygenów otrzymanych z paciorkowców, gronkowców, pałeczki okrężnicy, pałeczki Neissera oraz z nieswoistego antygenu, zawierającego białko i lipoidy. Ze względu na to, że wobec specjalnego składu preparatu, podanie ilości zawartych w nim zarazków nie daje wyobrażenia o właściwym efekcie poszczególnych mocy, zawartość czynnych antygenów podaje się w jednostkach. 1 jednostka antygenowa zawiera 1,25 mg nieswoistego antygenu oraz 50 milionów rozpuszczonych zarazków.

Na podstawie badań klinicznych uznano za celową następującą serię wstrzykiwań o stopniowo wzrastających dawkach:

Euflamin słaby

ampułka	I	II	III	IV	V	VI
jednostki antygenowe	1	2	3	4	5	6

Euflamin mocny

ampułka	VII	VIII	IX	X	XI	XII
jednostki antygenowe	7	8	9	10	11	12

Leczenie szczepionką wywołuje lekki odczyn ogniskowy, powodujący lepsze ukrwienie ogniska chorobowego, wskutek czego powstają we krwi ciała bakteriobójcze, których produkcja ulega jeszcze większemu wzmożeniu dzięki udpornianiu nieswoistymi drobnoustrojami. Jeżeli zapalenie przydatków zostaje rozpoznane już w okresie zapalenia nieżytowego, cechującego się równomiernym zgrubieniem jajowodu, wówczas istnieje możliwość zapobieżenia ropnemu zapaleniu jajowodu (pyosalpinx) przez natychmiastowe zastosowanie szczepionki w połączeniu z innymi środkami. W przeciwnym razie należy przeczekać, aż miną pierwsze gwałtowne objawy, a potem dopiero rozpocząć ostrożne leczenie za pomocą szczepionki. W dalszym ciągu można dodatkowo stosować leczenie fizyczne, zwłaszcza fale krótkie. Początkowo jednak najlepiej jest zastosować samą Euflaminę. Skoro ustrój przyzwyczaił się do leczenia szczepionką, co przejawia się nieobecnością dalszego zwiększania się bólów i gorączki, wówczas można jednocześnie zastosować leczenie fizyczne.

Do powyższego celu najlepiej nadaje się leczenie falami krótkimi, które jednak można zastępować przy pomocy diatermii długotrwałej, naświetlań cieplnych całego ciała i in. Obok tego należy stosować środki zwykle używane w przypadkach tego rodzaju, a więc leżenie w łóżku, kompresy gorące lub zimne, wstrzykiwania wapnia, tampony i t. d.

Podczas gdy dla klinicysty leczenie szczepionką stanowi jedynie fragment, dla lekarza praktyka, nie posiadającego aparatury do leczenia fizycznego, Euflamin staje się zasadniczą podstawą wszelkiej terapii.

Euflamin nadaje się w równej mierze do leczenia endometritis i metritis. *Lobre* radzi dożylne stosowanie szczepionki, następnie zaś wielogodzinną terapię krótkofalową. Wyniki takiego leczenia mają być znacznie lepsze aniżeli po oddzielnym stosowaniu wspomnianych metod. Wyleczenie osiąga się najczęściej po 1 — 3 kuracjach.

Jak wynika z klinicznych doświadczeń z Euflaminą, w wielu przypadkach bóle ustępują już po pierwszych wstrzyknięciach. Natomiast spadek ciepłoty ciała oraz poprawę przedmiotową można często stwierdzić dopiero w przebiegu dalszego leczenia. W innych przypadkach następuje po pierwszych wstrzyknięciach wzmożenie dolegliwości miejscowych, którym może towarzyszyć lekki wzrost ciepłoty. Odczyny te nie są niepożądane i należy je uważać za odpowiedź ustroju na otrzymany bodziec. Dalsze wstrzykiwania są przeważnie dobrze znoszone, a więc tylko bardzo rzadko zachodzi konieczność zmniejszania dawek. Na ogół poszczególne moce wstrzykuje się — w zależności od charakteru schorzenia i od stwierdzonej reakcji — w odstępach 2 — 4-dniowych domięśniowo lub podskórnie.

Wyniki zwalczania niepłodności u zwierząt doświadczalnych wskazują na możliwość uzyskania w tej dziedzinie pomyślnych rezultatów przy pomocy leczenia szczepionkami. Badania przeprowadzone nad pewnymi po-

staciami niepłodności u ludzi są również w toku, lecz nie można wyciągać z nich dokładniejszych wniosków, ponieważ większość autorów zadawala się osiągnięciem bezpośredniego celu w postaci poprawy miejscowej wzgl. przywrócenia zdolności do pracy. Dlatego też zadaniem przyszłości będzie rozstrzygnięcie na podstawie dużego materiału statystycznego, czy leczenie szczepionką wpływa nie tylko na poprawę obrazu chorobowego lecz także może przyczyniać się do usuwania już istniejącej niepłodności.

W. DOLLÉ, Miejska Klinika Kobieca w Ludwigshafen n. R.

DOLANTIN, NOWOCZESNE SPASMOLYTICUM I ANALGETICUM W GINEKOLOGII

(Der prakt. Arzt. 1940, nr 8, str. 113).

W operacjach, które prawie zawsze były przeprowadzane w znieczuleniu lędźwiowym, D. stosował u kobiet Dolantinę jako analgeticum zastępujące morfinę; skoro dolegliwości zmniejszały się, Dolantinę (domięśniowo, czopki) zastępowano Novalginą i in. Nawet w najcięższych zabiegach, w całkowitym wycięciu macicy, laparotomiach, Dolantina zastosowana łącznie w 34 operacjach wywarła pożądany wynik w 26 przypadkach, 2 razy efekt był mierny oraz 6 razy nie stwierdzono wyraźniejszego działania. Najlepsze skutki obserwowano przy kojarzeniu wstrzykiwań Dolantiny z Dolantiną w czopkach. Nawet 9-dniowe leczenie wstrzykiwaniami (codziennie po 2 ampułki) było znoszone zupełnie dobrze. Na ogół podczas leczenia skojarzonego już na drugi dzień można było odstawić wstrzykiwania Dolantiny (2 cm^3 domięśniowo) i stosować wyłącznie czopki. W mniejszych zabiegach (wycinek, wyskrobanie, nacięcie w zapaleniu sutka) wystarczała w 19 przypadkach Dolantina wyłącznie w postaci czopków; raz jeden tylko działanie znieczulające było słabe. Dziennie nie trzeba było stosować więcej niż 3 czopki. Również przy pomocy Dolantiny (domięśniowo, w postaci czopków lub sposobem skojarzonym) udało się usunąć dolegliwości u 13 kobiet z najcięższymi ischialgiami (w nieoperacyjnych rakach), zapaleniami miedniczek nerkowych, ciążowymi bólami kurczowymi jak również bólami spowodowanymi rzeżączką. U 5 kobiet z świądem sromu wystarczyła Dolantina w czopkach. W 2 przypadkach poronienia zagrażającego Dolantina powstrzymała bóle dzięki wpływowi przeciwkurczowemu; przy pomocy Dolantiny udawało się w pewnym stopniu zmniejszyć skłonność do wymiotów w hyperemesis gravidarum. Dolantina sprawiła zawód w 3 przypadkach, a mianowicie w poronieniu, zapaleniu miedniczek nerkowych i raku, gdzie zresztą i zastosowanie morfiny nie przyniosło żadnego wyniku.

Dolantiny nie stosowano dożylnie, ponieważ wstrzykiwanie domięśniowe okazało się najzupełniej wystarczającem. Po upływie 5 — 10 minut bóle ustępowały na przeciąg 3 — 4 godzin; wpływ czopków zaznacza się po 20 — 30 minutach i utrzymuje się w ciągu 3 — 4 godzin. Na 66 pacjentek leczonych Dolantiną w 3 przypadkach pojawiło się zamroczenie, zawrót głowy oraz krótkotrwała duszność. Poza tym nie spostrzegano jakichkolwiek objawów ubocznych, w szczególności zaś oznak przyzwyczajenia lub nałogu.

Dr W. BENTHIN, Królewiec w Pr.

ZWALCZANIE STANÓW SEPTYCZNYCH PRZY POMOCY PRONTOSILU

(Ref. podł. Zbl. Gynäkol. 1941, nr 11, str. 484).

Benthin przeprowadził w kraju i za granicą ankietę o znaczeniu Prontosilu dla zwalczania posocznicy. Wyniki ankiety, o ile pozwoliły na to warunki chwili obecnej, zostały zebrane w postaci nadającej się do wykorzystania. *Benthin* zajął się jedynie krytycznym opracowaniem nagromadzonego materiału przy czym zaszła potrzeba wyłączenia szeregu odpowiedzi, które dany stan chorobowy rozpoznawały jako ropnicę lub posocznicę na podstawie utrzymywania się stałej gorączki, przyspieszenia tętna lub dreszczy. Na szczególną uwagę zasługują wyniki osiągnięte przy pomocy stosowania Prontosilu w szpitalu Waltera w Liverpoolu *(Williams):*

> W zakażeniach paciorkowcami hemolizującymi (posocznica, ropnica, zapalenie otrzewnej) stwierdzano dawniej śmiertelność 87⁰/₀ (u 30 kobiet z zakażeniem połogowym (oraz 92⁰/₀) u 25 chorych z innymi cierpieniami). Pomiędzy 16 chorymi leczonymi Prontosilem zdołano uratować 50⁰/₀, pomimo, że zakażenie poczyniło w 7 przypadkach bardzo znaczne postępy.
>
> Z innego przykładu wynika, że spośród 131 chorych leczonych Prontosilem wyzdrowiało 56⁰/₀.

B. osobiście spostrzegał wśród 19 kobiet z ropnicą i posocznicą 12 wyleczeń uwarunkowanych stosowaniem Prontosilu; bądź co bądź obok Prontosilu stosowano również inne sposoby lecznicze, podobnie jak i większość lekarzy praktyków w odpowiednich przypadkach chorobowych nie ogranicza się do wyłącznego podawania Prontosilu.

Dla oceny działania Prontosilu istotne znaczenie posiada również chwila rozpoczęcia leczenia; tak więc u 37 chorych z ropnicą wzgl. posocz-

nicą stwierdzono śmiertelność 43%, co częściowo należy kłaść na karb okoliczności, że 13 spośród 16 (43%) pacjentek z zejściem śmiertelnym rozpoczęto leczyć Prontosilem dopiero po wielokrotnym pojawieniu się dreszczy.

Posocznica — 56 razy po porodzie, 36 razy po poronieniu — dawała pod wpływem leczenia Prontosilem 45% śmiertelności, przy czym w 80% przyczyną zakażenia były paciorkowce. Również i tutaj wobec późnego rozpoczęcia leczenia stan ogólny bywał tak zły, że prawie nie było widoków na osiągnięcie jakiegokolwiek skutku; pomimo tego jednak udało się uratować kilka spośród kobiet leczonych w tak późnym okresie.

W rozlanym zapaleniu otrzewnej — na ogólną liczbę 71 chorych — uratowano dzięki Prontosilowi 33 pacjentki. Również i tutaj liczba nie jest odźwierciedleniem istotnych stosunków, ponieważ pomiędzy chorymi był szereg przypadków beznadziejnych od samego początku, samo zaś leczenie Prontosilem zainicjowano dopiero u osób umierających. Skoro przypadki tego rodzaju (łącznie 14 i 1 raz zgorzel gazowa) będziemy rozpatrywać oddzielnie od pozostałych, wówczas okaże się, że u leczonych Prontosilem śmiertelność obniża się do 32%. W pierwszych 24 godzinach po zabiegach operacyjnych śmiertelność stanowi 33%, w razie późniejszego rozpoczęcia leczenia podnosi się już do 54%.

B. przypuszcza, częściowo również na podstawie własnego doświadczenia, że dodatkowe leczenie Prontosilem stanowi bardzo skuteczną metodę pomocniczą w zapaleniu otrzewnej.

W endometritis puerperalis również bardzo często rozpoczynano zbyt późno leczenie przy pomocy Prontosilu; tak więc możliwie wczesne leczenie zastosowano jedynie w 58% przypadków. Zachorowania rozwijające się na tle paciorkowcowym wykazywały śmiertelność 2% (spośród 420 zmarło 8), natomiast pacjentki z endometritis, nie wywołanym paciorkowcami (leczone lub nieleczone Prontosilem), z reguły powracały wszystkie do zdrowia. Ogólnie biorąc nie można stwierdzić, aby w zapaleniu błony śluzowej macicy wyniki leczenia Prontosilem były szczególnie dobre. Około 70% pacjentek pozbywało się w krótkim czasie gorączki pod wpływem przyjmowania Prontosilu, u nieleczonych chorych ten sam efekt stwierdzono w 56%.

Leczenie Prontosilem niepowikłanego poronienia gorączkowego obniżało częstość choroby do 10%, śmiertelność na 0,33%, który to wynik *B.* określa jako szczególnie pomyślny. W powikłanych poronieniach gorączkowych śmiertelność wynosiła dzięki leczeniu Prontosilem zaledwie 28,8% (bez Prontosilu podług dawniejszych statystyk 47,5%).

Stosując Prontosil jako lek zapobiegawczy przeciwko zakażeniu połogowemu, uzyskano zupełnie bezgorączkowy przebieg w 99,82% pośród 42 porodów spóźnionych oraz 5572 czasowych. Odsetek wyników ujemnych

oceniony na 0,03% nie jest zbyt duży, jeśli uwzględnić, że obejmuje on również zejścia śmiertelne spowodowane inną przyczyną.

Ciężkie postacie chorobowe oraz zejścia śmiertelne spotykało się głównie po zabiegach operacyjnych. 4% chorych umierało, co jednak nie zawsze można było wiązać z niedostatecznym działaniem Prontosilu.

Odnośnie do stosowania Prontosilu w innych zakażeniach trudno było ocenić wyniki lecznicze; szczególnie tyczy się to zapalenia miedniczek nerkowych. Natomiast w róży znakomity wpływ Prontosilu nie ulega najmniejszej wątpliwości. Dane dotyczące skuteczności Prontosilu w mastitis, phlebitis, pyosalpinx i in. nie pozwalają jeszcze na wyrobienie sobie dostatecznego sądu.

B. jest zdania, że wczesne rozpoczęcie leczenia oraz dostateczne dawkowanie (np. 3 — 6 g w postaci wlewki w ciągu 3 dni) pozwoli na osiągnięcie przy pomocy Prontosilu jeszcze lepszych skutków leczniczych niż wyniki uzyskane dotychczas.

Dr STAHLER, dr GAEHTGENS, dr KRAMM, dr SCHULTZE i in.

HIPOWITAMINOZY B_1 W CIĄŻY I POŁOGU

Podczas ciąży dochodzi do znacznego zwiększenia zapotrzebowania wszystkich witamin, szczególnie ważkie następstwa może mieć jednak niedostateczne zaopatrzenie w witaminę B_1.

Większe zapotrzebowanie witaminy B_1 ustroju ciężarnych tłumaczy częstość występowania zapalenia wielonerwowego i innych objawów hipowitaminozy u kobiet ciężarnych. Niedobór witaminy B_1 może być spowodowany ograniczeniami dietetycznymi, częstymi wymiotami, gorszym wchłanianiem oraz zaburzeniami trawiennymi. Kobiety ciężarne spostrzegane przez *Stählera* uskarżały się na upośledzenie czucia dotykowego, mrowienie w palcach rąk i nóg. Większość ciężarnych miała obrzęki pochodzenia pozanerkowego, inne zaś cierpiały na zaburzenia serca połączone z tachykardią. Autor w przypadkach lżejszych ograniczył się do doustnego podawania witaminy B_1, w cięższych zastosował wstrzykiwania. Po 4 — 5 wstrzyknięciach witaminy B_1 (Betaxin) w odstępach 2—4 dniowych ustąpiły bóle oraz inne objawy, jak tachykardia, obrzęki i t. p.

Również znany jest fakt ustępowania pod wpływem Betaxiny zapaleń wielonerwowych występujących u kobiet w połogu i w okresie karmienia. W przypadku opisanym przez *Widenbauera* wytworzyła się ciężka hipowitaminoza B_1 na tle wymiotów ciężarnych, pogorszona nieumiejętnym odżywianiem. Obraz chorobowy znamionował się wybitnym zmęczeniem, potami, dusznością oraz bólami w okolicy serca, uczuciem mrowienia w końcach palców i stopach, bólami w łydkach i uczuciem zwiot-

czenia mięśni. Wszystkie dolegliwości zaczęły cofać się już po pierwszych wstrzyknięciach Betaxiny.

Gaehtgens stosuje Betaxinę w urazowych zapaleniach nerwów w połogu. Po 8 wstrzyknięciach uwydatnia się zazwyczaj wyraźna poprawa.

Również *Schwochow* opisuje pewną 26-letnią pacjentkę, u której po porodzie nieżywego dziecka dołączyło się zapalenie wielonerwowe w zakresie kończyn dolnych. Zupełne wyleczenie nastąpiło po 30 wstrzyknięciach Betaxiny.

Theobald stosował z powodzeniem witaminę B_1 doustnie i w postaci wstrzykiwań u 5 kobiet ciężarnych z zapaleniem wielonerwowym.

Kobieta ciężarna z zapaleniem nerwów otrzymywała 10 mg Betaxiny. Po 5 dniach zniknęły bóle neuralgiczne, ustąpiło porażenie nerwu twarzowego, a po 100 mg w sumie powróciły odruchy rzepkowe. Poród przebiegał prawidłowo *(Kramm).*

U kobiet ciężarnych z zapaleniem nerwów stosuje *Schultze* 3 wstrzyknięcia Betaxiny po 20 mg w odstępach dwudniowych, podając dodatkowo również tabletki. Sposobem powyższym wyleczono 37 spośród 60 kobiet. Szesnaście kobiet doznało wyraźnej poprawy.

Dr M. RODECURT, Hanower.

ZAGADNIENIA ZWIĄZANE Z ZWALCZANIEM RZĘSISTKÓW ORAZ UPŁAWÓW WYŁĄCZNIE POCHODZENIA SZYJKOWEGO

(Podł. Zentralblatt für Gynäkologie 1939, nr 21, str. 1197).

W leczeniu upławów białych na tle rzęsistkowym autor stosuje codziennie Yatren naprzemian z Deveganem. Co drugi dzień zarządza systematyczne mechaniczne oczyszczanie na sucho pochwy oraz szyjki, dokoła której układa się następnie cztery pigułki Yatrenu; niekiedy można pozostawić nawet pięć pigułek, szczególnie jeśli pochwa posiada duże wymiary lub też sklepienia otaczające szyjkę są odpowiednio głębokie. Pigułki powinny być, jeśli to możliwe, umiejscowione pomiędzy ścianą pochwy a szyjką; wykonanie tego zabiegu częstokroć wymaga jednak pewnej cierpliwości. Jeżeli jednak pigułki nie utrzymują się we wskazanej pozycji, należy się uciec do jakiegokolwiek sposobu, aby je poprostu zabezpieczyć na dnie pochwy. Następnie wprowadza się jedną pigułkę, w razie gdy szyjka jest szeroka, dwie pigułki do kanału szyjki, posługując się w tym celu długimi i cienkimi szczypczykami. Pigułka powinna być wprowadzona dostatecznie głęboko, w przeciwnym razie może wypaść. W razie potrzeby wprowadza się ją przy pomocy instrumentu do kanału szyjki, a w chwilę później szybkim ruchem zakłada się nieco ni-

żej tampon waty wielkości orzecha zaopatrzony nitką. Tampon ten należy podtrzymywać przy pomocy instrumentu do chwili wyjęcia wziernika. Podczas tego należy uważać, aby ani jedna pigułka nie wydostała się ze szczytu pochwy. Tampon powinien pozostać na miejscu w ciągu 24 godzin. Jeżeli srom jest bardzo zanieczyszczony upławami, wówczas przed wprowadzeniem wziernika należy części płciowe przemyć 10%-owym Zephirolem. Niekiedy, gdy pigułki są sporządzane ze zbyt twardej masy, powstają niewielkie powierzchowne zmiany martwicze, które bardzo szybko ulegają samorodnemu wyleczeniu i nie stanowią nigdy powodu do zaprzestania lub zmiany sposobu leczenia. Jeżeli zbytnia wąskość szyjki nie pozwala na wprowadzenie pigułek, należy po umieszczeniu pigułek w sklepieniach przemyć kanał szyjki 10%-owym roztworem Zephirolu (podługowaty wacik, pozostawiony na miejscu w ciągu minuty). Na koniec tamponujemy pochwę w celu osuszenia jej. Podczas regularności leczenie przerywa się, aby je jak najszybciej podjąć w dalszym ciągu, nie tracąc niepotrzebnie ani jednego dnia. Bardzo często można stwierdzić, że kanał początkowo zamknięty staje się przepuszczalnym dla pigułek i odwrotnie. Podobne zjawisko może powtarzać się szereg razy w ciągu leczenia. W ten sposób przeprowadza się kurację sześciokrotnie. Dla dalszych sześciu kuracji zmienia się lekarstwo w pochwie i szyjce zastępując pigułki Yatrenu tabletkami Deveganu, przy czym nie ma większej różnicy, czy tabletki układa się dokoła szyjki oraz wewnątrz jej światła, czy też w zależności od wymiarów wprowadza się tamże półtora do dwóch tabletek. Jeśli ujście zewnętrzne jest bardzo szerokie, obmywa się je przy pomocy 3%-owego roztworu wodnego Yatrenu. W tym celu na głębokość półtora centymetra wprowadza się tamponik z waty przepojonej 3%-owym rozczynem Yatrenu i pozostawia się go na przeciąg półtorej minuty. Ujścia gruczołów przycewkowych, jeśli posiadają dostateczne rozmiary, powinny również być traktowane 3%-owym rozczynem Yatrenu.

W razie ciąży leczenie tamponowaniem powinno być podjęte natychmiast z końcem połogu. Pigułki Yatrenu i tabletki Deveganu mogą być używane w ciągu pierwszych siedmiu miesięcy ciąży, również zabiegi na cewce moczowej powinny być przeprowadzane w sposób zwykły. Przewlekłe zapalenie przydatków również nie stanowi przeciwwskazania dla leczenia. Skoro wreszcie pod koniec „leczenia tamponowaniem" chora znajduje się w okresie bezpośrednio przed lub po miesiączce, wówczas należy zastosować powtórną serię Yatrenu. Jeśli upławy pochwowe na tle rzęsistkowym utrzymują się w dalszym ciągu, należy kurację prowadzić aż do wyzdrowienia, stosując drugą serię Yatrenu, drugą serię Deveganu i t. d. W przypadkach, gdzie utrzymują się upławy szyjkowe, należy również zapobiegawczo stosować Devegan. W tym celu należy w ciągu sześciu miesięcy lub jednego roku, na dwa dni przed regularnością oraz w ciągu czterech następnych dni wprowadzać do pochwy po jednej tabletce

Deveganu, jednakowoż bez stosowania przepłukiwań. Podczas ciąży, aż do trzeciego miesiąca przed porodem, można do pochwy wprowadzać dwie do trzech tabletek tygodniowo; w razie zagrażającego poronienia należy wprowadzać jedną tabletkę dziennie aż do chwili ustąpienia krwawienia; wówczas można powrócić do dawki dwóch lub trzech tabletek tygodniowo. U kobiet nie miesiączkujących odpowiednia dawka wynosi jedną tabletkę w ciągu trzech dni raz na cztery tygodnie. Stosując się do powyższej metody autor uzyskał 100⁰/₀ wyleczeń pierwotnych i 99⁰/₀ wyleczeń definitywnych.

W przypadkach czystych upławów szyjkowych, wywołanych rzęsistkami, należy zawsze wypróbować przede wszystkim leczenie tamponowaniem. Posługując się powyższym sposobem *Rodecurt* uzyskał 69⁰/₀ wyleczeń w sensie klinicznym. W przypadkach upławów szyjkowych o umiarkowanym nasileniu lub też w lżejszych nawrotach stosuje się przyżegania aldehydem mrówkowym (30⁰/₀-owym) lub azotanem srebra (2⁰/₀-owym) i t. p. Celem opanowania upławów pochwowych należy po każdym zabiegu wprowadzać jedną tabletkę Deveganu. Jeśli rzęsistki są mniej liczne, stosuje się do przyżegania stężenia wyższe: aldehyd mrówkowy 50⁰/₀, fenol 5⁰/₀. Również i to leczenie kojarzy się ze stosowaniem Deveganu; zapobieganie bowiem Deveganem znacznie polepsza wyniki kauteryzacji. Pomimo tego do chwili zupełnego wyzdrowienia upływa zazwyczaj sześć do dziewięciu miesięcy.

Dr BUMM i in.

RIVANOL W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII

W ginekologii leczenie Rivanolem najczęściej znajduje zastosowanie w schorzeniach septycznych, przy czym prawie zawsze chodzi tu o zakażenie połogowe po porodach czasowych i przedwczesnych a także o poronienia gorączkowe. Większość poronień gorączkowych należy do kategorii przypadków, które należy oceniać pomyślnie pod względem rokowniczym. Gorączka jest tutaj zależna od rozkładu zawartości macicy lub zatrzymania odchodów, nie dochodzi natomiast jeszcze do inwazji drobnoustrojów do żyjącego organizmu. Na podstawie wielkiej liczby krzywych gorączkowych można dojść do wniosku, że krytyczny lub lityczny spadek podwyższonej ciepłoty ciała następuje w bezpośrednim lub zawsze wyraźnym związku z zapobiegawczym dożylnym zastosowaniem Rivanolu. Aczkolwiek w posocznicy, ropnicy i ropnym zapaleniu zakrzepowym żył prawie nie można wpłynąć na przebieg najcięższych przypadków, to jednak natychmiastowe rozpoczęcie leczenia pozwala oczekiwać pewnych skutków.

Niektórzy wstrzykują codziennie po 50 — 100 cm³ roztworu 1:500, który stanowi optymalne stężenie. Dawkę powyższą powtarza się do 10

razy, aby odebrać drobnoustrojom możliwość ponownego rozwoju. Pod wpływem dożylnych wstrzykiwań Rivanolu zaobserwowano pewne osłabienie zjadliwości drobnoustrojów, co znacznie ułatwia ustrojowi skuteczną walkę z zakażeniem.

W leczeniu połogowego zakażenia ran *Bumm* donosi o pomyślnych wynikach. Zwłaszcza gdy z wstrząsających dreszczy można było wnioskować o przechodzeniu drobnoustrojów do krwi lub też gdy badanie krwi stwierdzało obecność paciorkowców, rozpoczynano stosowanie powtarzanych codziennie wstrzykiwań dożylnych 50 — 100 cm³ 1°/₀₀ roztworu Rivanolu z równoczesnym stosowaniem 50 cm³ surowicy paciorkowcowej Behringwerke *) domięśniowo.

Również *Sigwart* posługuje się dożylnymi wstrzykiwaniami Rivanolu w zakażeniu połogowym. Dotychczasowe doświadczenia tego autora są bardzo zachęcające. Podkreśla on, że jeszcze po żadnym innym preparacie nie stwierdzał z taką częstością i regularnością przełomowego częstokroć spadku wysokiej gorączki obok wybitnej poprawy podmiotowej oraz zupełnej nieobecności wszelkich nieprzyjemnych objawów ubocznych. Rivanol okazał się pod tym względem lekiem wprost niezastąpionym. *Sigwart* opisuje pewien przypadek posocznicy z bardzo dużym nagromadzeniem paciorkowców w krwi. Pod wpływem Rivanolu i surowicy nastąpił przełomowy spadek gorączki i drobnoustroje zniknęły całkowicie.

Kierując się wskazówkami *Bumma Bock* używa 1°/₀₀-owy jałowy roztwór z 0,1 g Rivanolu. W każdym przypadku gorączki połogowej lub poronienia z dreszczami i bez dreszczów autor ten wstrzykuje pierwszego dnia 70 — 80 cm³ dożylnie pacjentkom z niezbyt upośledzonym stanem ogólnym. Następuje zwykle łagodne obniżenie się gorączki i osłabienie dreszczów. Najczęściej po ponownym wstrzyknięciu, dokonanym następnego dnia, stan chorych ulegał tak znacznej poprawie, że trzeciego dnia można było zarządzić przerwę, po czym dopiero czwartego dnia wstrzykiwano ponownie 50 cm³. Nigdy nie stwierdzono pojawienia się dreszczów w następstwie wstrzyknięcia. Ponieważ Rivanol wstrzyknięty poza żyłę może powodować palący ból, należy wstrzyknięcie wykonywać ostrożnie i powoli.

Miejscowo Rivanol znajduje swe zastosowanie w połogowym zapaleniu sutka, róży, ropiejących szwach krocza oraz innych owrzodzeniach krocza i pochwy, ponieważ właśnie tego rodzaju sprawy, wywołane częściowo przez zakażenie mieszane i wtórne, poddają się dobrze wpływowi Rivanolu dzięki jego wszechstronnemu działaniu.

Pomyślne wyniki opublikowane w licznych doniesieniach znalazły swe potwierdzenie również w wypadkach połogowego zapalenia sutka, gdzie po aspiracji zawartości ropnia i wypełnieniu jego jamy Rivanolem udało się całkowicie powstrzymać dalszy rozwój cierpienia.

---

*) Antytoksyczna i bakteriobójcza surowica przeciw paciorkowcom Streptoserin.

Większa statystyka, obejmująca około 300 przypadków, w tej liczbie ropowicze zapalenia śródmiąższowe gruczołu piersiowego, stanowi pokaźny zbiór doświadczeń leczniczych z Rivanolem. Ze statystyki powyższej wynika, że należy przestrzegać następującej techniki: dojrzałe ropnie opróżnia się przez nakłucie i wypełnia roztworem Rivanolu 1:500. Jeżeli nie doszło jeszcze do wytworzenia ropy lub też w przypadkach zapalenia śródmiąższowego, należy pod lekkim ciśnieniem wstrzyknąć Rivanol 1:1000 w ilości nie wywołującej większego uczucia ucisku. Przy tym można bez ponownego nakłuwania manipulować końcem igły w ten sposób, że nawet wielokomorowe ropnie mogą być opróżnione i cała tkanka gruczołu piersiowego zostaje odpowiednio zdezynfekowana. W ciężkich postaciach ropowiczych należy ponadto wytworzyć zbiorowisko Rivanolu (1:1000) w luźnej tkance u podstawy sutka tak, że cała pierś zostaje nieco uniesiona. Dalsze leczenie polega na wysokim ułożeniu, okładach i ewentualnym powtarzaniu nakłuć w odstępach 3 — 4 dniowych. Zbyt częste nakłucia nie są wskazane. Początkowe objawy podrażnienia nie powinny być uważane za powód do cięcia. Zalety leczenia Rivanolem polegają między innymi na szybszym powrocie do zdrowia, natychmiastowym ustąpieniu bólów, nieobecności lub też bardzo nieznacznych bliznach po nakłuciach, uniknięciu bolesnego leczenia następczego sączkowaniem, zachowaniu czynności narządu.

Również *Hammerschlag* stosował ze skutkiem Rivanol w zapaleniu sutka, ropniaku jajowodu, ropniach zatoki Douglasa oraz zakażonych pęknięciach krocza. Tenże autor w jednej z późniejszych publikacji donosi o przepłukiwaniu roztworem Rivanolu otworzonych wysięków przymacicza, ropniaków jajowodu oraz ropni zatoki Douglasa. W innych przypadkach było wykonane jedynie nakłucie, po czym wypuszczano ropę, wprowadzając na jej miejsce wymienione roztwory. Rozczyny Rivanolu były używane również w zapaleniu pęcherza moczowego oraz dożylnie przy ręcznym odklejaniu łożyska w przypadkach podejrzanych o zakażenie. Pęknięcia krocza w przypadkach nieczystych były przed szyciem obstrzykiwane Rivanolem. Nigdy nie spostrzegano godnych uwagi uszkodzeń, martwicy lub zapalenia nerek.

Na nowe tory wkroczyły próby leczenia z chwilą, gdy dzięki zupełnej nieszkodliwości, bardzo nieznacznemu działaniu drażniącemu oraz wszechstronnemu wpływowi Rivanolu na ziarenkowce ropotwórcze, rozpoczęto stosować lek ten wprost do jamy brzusznej, celem zwalczania zanieczyszczeń bakteryjnych względnie zakażeń przy pomocy bezpośredniego działania środka chemoterapeutycznego.

Dlatego też w najróżnorodniejszych operacjach ginekologicznych, w których istniała możliwość lub podejrzenie zakażenia, wlewano do jamy brzusznej 50 — 150 cm^3 roztworu Rivanolu 1:500 pozostawiając go tam na pewien czas. Do rzędu przypadków tego rodzaju należy zaliczyć przede

wszystkim laparotomie z powodu ropnych i nieropnych guzów przydatków, raków, zapaleń wyrostka robaczkowego, zapałeń otrzewnej, przebicia macicy, zakładania szwów jelitowych oraz resekcji jelit.

Podług *Streibla* należy zapobiegawczo wlewać Rivanol do jamy brzusznej we wszelkich przypadkach podejrzanych co do wtórnego zapalenia otrzewnej np. w zropiałym zapaleniu jajowodu. Zgodnie z inną publikacją *Streibla* autor ten osiągnął w dwóch przypadkach podrażnienia otrzewnej ustąpienie podrażnienia i zupełne wyzdrowienie dzięki zastosowaniu roztworu Rivanolu. W pierwszym przypadku chodziło o lewostronne zranienie szyjki macicy z otwarciem przymacicza, powikłane zranieniem tylnego sklepienia pochwy. Otrzewna miedniczna została silnie zainfekowana. Po laparotomii wprowadzono sączek z gazy przepojonej Rivanolem do zatoki Douglasa, który przeciągnięto za przymaciczami i doprowadzono aż do dolnego kąta rany; następnie jamę brzuszną zaszyto szwem pierwotnym. Również do opróżnionej macicy ostrożnie wprowadzono przez pochwę sączek z Rivanolem. Objawy otrzewne ustąpiły, równocześnie zaś rozpoczął się żywy odpływ ropy z macicy oraz lewego przymacicza, dokąd w 10. dniu wprowadzono dren przez pochwę.

W trzecim dniu po operacji pojawiła się krostowata wysypka na twarzy oraz gorączka do 39,6°, która została wyleczona przy pomocy dożylnych wstrzykiwań 100 cm³ 1°/₀₀ roztworu Rivanolu.

W drugim przypadku, również lewostronnego zranienia szyjki z otwarciem odpowiedniego przymacicza, wykonano laparotomię oraz przepłukano macicę i sąsiedztwo roztworem Rivanolu 1:1000, następnie zaś wprowadzono do macicy gazik przepojony Rivanolem. Koniec gazika został wyprowadzony na zewnątrz w dolnym kącie rany laparotomijnej, samą zaś ranę zeszyto w zwykły sposób. Po 18 dniach pacjentka została wypisana jako zdrowa.

Dr G. KREBS, Powiatowa Klinika Kobieca, Berlin-Neukölln.

O DŁUGOTRWAŁYM UŚPIENIU EVIPANOWYM W ZABIEGU CIĘCIA CESARSKIEGO

(Ref. podług Zbl. Gyn. 1941, nr 16, str. 754).

Długotrwała dożylna narkoza Evipan-Na daje się również względnie dobrze regulować. Na początku uśpienia Evipan-Na nie stwierdza się uczucia duszenia, pobudzenia do wymiotów ani innych nieprzyjemnych sensacji. Przy pomocy uprzedniego stosowania morfiny udaje się skutecznie zapobiegać pooperacyjnym stanom pobudzenia, które stanowią zresztą dużą rzadkość. Niebezpieczeństwo pooperacyjnego zapalenia płuc ulega znacznemu obniżeniu (częściowo dzięki nieobecności wymiotów). Wysokość niezbędnej dawki leku środka nasennego można ograniczyć do

minimum przy pomocy psychicznego przygotowania pacjenta oraz zastosowania odpowiednich leków ($^1/_2$ — 1 godziny przed zabiegiem operacyjnym). Dawkowanie powinno zawsze odpowiadać indywidualnym potrzebom pacjenta. *K.* używa 10%-owego roztworu Evipanu dożylnie jedynie w pierwszej strzykawce; dla sprowadzenia snu wystarcza często 5 cm^3; dla dalszego kontynuowania uśpienia używa *K.* roztworu 5- lub 2 $^1/_2$%-owego. Dla utrzymania drożności igieł wstrzykuje się roztwór soli kuchennej. *K.* przywiązuje dużą wagę do tego, aby w usypianiu nie przeszkadzać zbyt rażącym światłem, hałasami lub przedwczesnym rozpoczynaniem operacji, ponieważ powoduje to konieczność zwiększenia dawki Evipan-Na. Na dostateczną głębokość uśpienia wskazuje zwiotczenie mięśni ramion oraz opadnięcie szczęki dolnej. Po szeregu dobrych wyników stosowania Evipan-Na w operacjach ginekologicznych *K.* przeszedł do stosowania długotrwałego uśpienia evipanowego w operacjach cięcia cesarskiego. *K.* stosował Evipan-Na przede wszystkim tam, gdzie z powodu choroby matki ratowanie płodu schodziło na dalszy plan, jak na przykład w krwawieniach dołożyskowych lub do jamy brzusznej, dychawicy oskrzelowej, czynnej gruźlicy płuc, grypowym zapaleniu płuc, zwężeniu miednicy, niedokrwistości i in. (wszakże nie przy rzucawce). Stosowano 9—15,5 cm^3 Evipan-Na. U 1 spośród 17 kobiet doszło do zejścia śmiertelnego wskutek niedokrwistości z wykrwawienia, jednak nie z powodu zastosowania środka narkotycznego. Płody początkowo nie sprawiały wrażenia zamartwiczego, następnie jednak Evipan-Na, przedostający się przez łożysko, zdawał się wywoływać stan narkotyczny. Stan ten ustępował dopiero po 10—15 minutach. Jedno z dzieci zmarło; matka jego otrzymała 12 cm^3 Evipanu; krwotok, który wywiązał się na tle łożyska przodującego, niewątpliwie przyczynił się również do zamartwicy i śmierci płodu. Niezbędne są dalsze spostrzeżenia nad wpływem Evipan-Na na płód.

Dr W. KLEMKE, Berlin-Spandawa i Hamburg-Wandsbeck.

O STOSOWANIU PERITONITIS-SERUM BEHRINGWERKE W ZAPALENIU OTRZEWNEJ PO PRZEDZIURAWIENIU WYROSTKA ROBACZKOWEGO.

(Referat podług Chirurg 1940, nr 21, str. 638).

W połowie czerwca zachorował 19-letni mężczyzna na zapalenie wyrostka robaczkowego, które wkrótce doprowadziło do ciężkiego obrazu chorobowego. Zabieg operacyjny był dokonany z pewną zwłoką. W 24 godziny po operacji rozwinęło się ciężkie zapalenie otrzewnej z wszelkimi objawami towarzyszącymi. Przede wszystkim doszło do znacznego

upośledzenia krążenia. Podskórnę wlewania roztworu soli kuchennej, kamfora, strofantyna, leki pobudzające ruchy robaczkowe jelit i t. p. pozostawały mniej lub więcej bezskuteczne. Wobec ciężkiego stanu wstrzyknięto w 85 godzin po operacji po 20 cm^3 Peritonitis-Serum dożylnie oraz domięśniowo, po upływie dalszych 11 godzin 70 cm^3 dożylnie i 30 cm^3 domięśniowo, w 120 godzin po operacji 80 cm^3 dożylnie i 20 cm^3 dootrzewnie (przez dren) i wreszcie po dalszych 12 godzinach jeszcze 60 cm^3 Peritonitis-Serum dożylnie. Łączna ilość wynosiła zatem 300 cm^3. Już w kilka godzin po pierwszej dawce surowicy perystaltyka powróciła, wymioty ustąpiły, gorączka spadła, ogólny wygląd chorego uległ znacznej poprawie. Wysypkę surowiczą, która spowodowała ponowny skok gorączki, udało się opanować przy pomocy przetworów wapniowych. W rezultacie doszło do zupełnego wyleczenia. Powyższy uderzająco pomyślny wynik upoważnia *K.* do zalecania próbnego stosowania surowicy w każdym przypadku zapalenia otrzewnej na tle przedziurawienia wyrostka robaczkowego; oczywiście pod żadnym pozorem nie wolno zaniedbywać leczenia chirurgicznego. *K.* stosował Peritonitis-Serum z dobrym wynikiem również u innych chorych, w tej liczbie 3 razy w operacyjnym zapaleniu otrzewnej. *K.* nie spostrzegał peritonitis postoperativa, któreby zakończyły się zejściem niepomyślnym pomimo stosowania surowicy. Poza już przytoczoną chorobą posurowiczą nie stwierdzał *K.* żadnych działań ubocznych surowicy (do 300 cm^3). Pomimo tego jednak *K.* uważa za celowe uprzednie badanie wrażliwości względem surowicy (desensybilizacja).

Profesor dr P. DIEPGEN (Geschichte der Frauenheilkunde 1937 w Stöckla Hdb. d. Gyn. XII), **dr JAEGER**, Zakł. Hig., Monachium (Arch. Hyg. 1940, t. 123). **dr RHODE** (Ther. Ber. 1930), **dr STEINHAUSEN** (Geschichte der deutschen Kultur 1933).

ZMIANY OBYCZAJÓW

Pewien filozof — najprawdopodobniej grecki — spotkał przed 2500 laty na rynku nieznaną sobie Greczynkę z arystokracji. Porwany wiatrem zwój papyrrusa potoczył się z rąk piękności, został jednak natychmiast podniesiony przez filozofa, który wzamian za swą uprzejmość wyraził gorące pragnienie obejrzenia ramion Greczynki, niewątpliwie przewyższających swą urodą boskie modele Praksytelesa. Filozof byłby bardzo szczęśliwy, gdyby nieznajoma zechciała rozluźnić klamry swego podwójnego chitonu na jedno mgnienie oka, na czas wystarczający dla wpuszczenia jednego jedynego promienia słonecznego. Dama cofnęła się przerażona i w szlachetnym oburzeniu krzyknęła z furią na nieznajomego: „Bezwstydny, gdybym miała sztylet —!“. Obcy — wszak był filozofem — zatrzymał się z rezygnacją, co wprowadziło dumną damę w ponowne



Maria z Dziecięciem. Maria nie jest nikim innym jak Agnieszką Sorel, La Dame de Beauté (1422—1455), szlachetną przyjaciółką Karola VII, króla Francji (podług Jana Fouquet'a 1416 — 1480).

zakłopotanie, tak że przystanęła zamiast oddalić się pospiesznie, jak to było bardziej wskazane w tego rodzaju sytuacji. Skoro zaś usłyszała łagodnym tonem zadane pytanie, dlaczego propozycja filozofa wydała się jej tak niestosowna, nabrała prawdopodobnie nadziei nauczenia dobrych obyczajów w zasadzie jeszcze niezepsutego, lecz bardzo nieokrzesanego barbarzyńcy. Zdaniem jej propozycja nieznajomego byłaby sprzeczna z wszelkim uczuciem wstydu, w obliczu zaś praw świata cywilizowanego, względów rodzinnych, ba nawet praw boskich wymuszenie podobnej rzeczy równałoby się zbrodni, które można okupić jedynie śmiercią. Na to nieznajomy: „Zaczynam rozumieć, lecz przychodzi mi to z trudnością, gdyż jestem obcy w tych okolicach, nie znam tutejszych praw i interesowałoby mnie bliższe poznanie waszych boskich i ludzkich przepisów. W moich stronach, gdybym miał szczęście pozyskania sobie przyjaciółki, posiadałbym jej pełne zaufanie i nie napotkałbym przeszkód dla stwierdzenia chociażby przeczuwanego jedynie piękna. U was zatem — nieomal jak u Amazonek mordujących mężczyzn—uchodzi to za czyn, który należy odpokutować zasztyletowaniem. Bądź co bądź wciąż jest to dla mnie niezrozumiałe, wszak jeszcze przed chwilą widziałem dzieci... Pani straciła pewność siebie i odparła: Po głębszym zastanowieniu muszę powiedzieć, że i tutaj istnieją zwyczaje podobne do waszych. Gdybym mogła żywić pragnienie zdobycia twej przyjaźni, tak, jak to było dozwolone księżniczce kraju Feaków, wówczas nie wahałabym się stanąć przed tobą jak ona". Filozof przeraził się: „O do jakiegoż to kraju dostałem się! Jeszcze przed chwilą omal nie zostałem zasztyletowany przez Erynję, i to jak mówiła, sprawiedliwie, ponieważ tak nakazywały wieczne prawa boskie, obecnie zaś otrzymałem nieomal zapewnienie uwzględnienia mych nieobyczajnych życzeń, pomimo że cień w swej codziennej wędrówce zaledwie o włos posunął się naprzód od tej chwili. Gdzież zniknęły tak szybko „wieczne" prawa niebios, gdzież podziały się przepisy filozoficzne. Czyżby wieczność posiadała tutaj wartość jedynie chwilową?" Filozof uśmiechnął się, nie słysząc żadnej odpowiedzi i znów monologował z dobrotliwą miną: „Czcigodna nieznajomo, miałaś wszakże słuszność w obydwu przypadkach, również miałaś prawo i obowiązek pohamowania mej natarczywości, jednakże twe uzasadnienie było błędne. Prawo chcenia lub niechcenia leży w tobie samej i nie wymaga chronienia się poza prawa boskie, które są przecież niezmienne. Wy natomiast tak często bierzecie za Boga sprawy naturalne, zmieniające się stale jak przyroda sama, że szydzicie z nieba, sądząc jakoby z godziny na godzinę zmieniało swe zasady — a teraz powinnaś już odejść, ponieważ nie należy do dobrego tonu tak długo dysputować z mężczyzną na rynku!"

Tak więc zapewne będzie zawsze zadaniem obyczajnego człowieka postępowanie zgodne z uświęconymi zwyczajami czasu, w którym żyje. Większość ludzi przy tym mniema, że czyniąc zadość zwyczajowi, działa w myśl wieczystych praw i przechodzi przez życie wśród tych samych zasad obyczajności jakie mieli ich pradziadkowie; to też wielu z nich zdziwiłoby się napewno, gdyby usłyszeli, że szereg uświęconych obecnie zwyczajów niegdyś uważano za bardzo grzeszne i na odwrót, niejedno uchodzące dziś za nieobyczajne, wydawało się dozwolonym w minionych pokoleniach, które były ożywione nie mniejszym zamiłowaniem cnoty. Dla potwierdzenia zmian zachodzących w pojmowaniu dobra i zła możnaby przytoczyć nieskończenie wiele dowodów. Tutaj wspomnimy o nielicz-

nych, które wzbudzają zainteresowanie z punktu widzenia lekarskiego. Jak wiadomo, zwyczaje nie tylko ulegają zmianom w zależności od różnych epok przeżywanych przez dany naród (nie zawsze trzeba mówić tutaj o setkach lat), lecz także różnią się między sobą w poszczególnych, współczesnych sobie narodach. Dawniej różnice te były naturalnie większe niż obecnie. Jakże przerażony był *Herodot* (484 — 425) skoro stwierdził, że Scytowie spółkowali publicznie, nie będąc prawie świadomi swej niemoralności. A co dopiero powiedziałby *Herodot,* gdyby wiedział, że pewien *książę z Lignicy* odważył się na oczach swych paziów zmusić żonę do uległości; również podają — patrz historia późniejszej hrabiny *Luizy v. Degenfeld* — że jeszcze w nowoczesnych czasach para książęca udawała się na spoczynek w obecności jednej z dam dworu, która na dobitek, jak w cytowanym przypadku, musiała jeszcze odgrywać rolę mediatorki w razie sprzeciwów małżeńskich. Jak niezwykle różne było częstokroć zachowanie się całych narodów w stosunku do poszczególnych zagadnień, o tym najlepiej świadczy przykład Aten i Sparty. Podczas gdy w surowym „spartańskim" Lakedaemonie udział w ćwiczeniach cielesnych brały również młode dziewczęta — i to bardzo skąpo lub wcale nie ubrane —, w znacznie swobodniejszych pod względem obyczajności Atenach podobna rzecz była zupełnie nie do pomyślenia. W czasach starożytnych pozwalano sobie na niejedno, zachowując jednocześnie duży krytycyzm wobec rzeczy uchodzących obecnie za zupełnie niewinne. Tak na przykład u starożytnych Rzymian pocałunki uważane były za rzecz mogącą posiadać najpoważniejsze następstwa.

Apulejus (125 r. po Chr.) przypuszcza, że pocałunek jest rozkoszną uwerturą miłosną, igrzyskiem harcowników w boju walecznej Wenery. Wiele zakazów skierowanych przeciwko pocałunkom znało prawo rzymskie (S. C. Orsitianum, Dig. 1,5). Wszakże zakazy niewiele skutkowały. Pocałunki stały się ostatecznie manią, gdyż całowano się podczas jedzenia, przy pójściu na spoczynek, na ulicy i w salach posiedzeń. Nadużycie posuwało się tak daleko, że szereg cesarzy, jak *Augustus* i *Tyberiusz,* wydało edykty przeciwko pocałunkom. Przy biesiadach panował zwyczaj tylokrotnego całowania ust posługującej, ile liter zawierało imię gospodarza lub też osoby, na której cześć odbywała się uczta. Dekret *Tyberiusza* napotkał na dużą opozycję, również nie chciano darować *Neronowi,* że nie pozwolił całować się na swym dworze. (Sueton, Tib. 34 i Nero 37).

Podczas gdy tutaj postępowano bardzo wstydliwie, na innych polach nie można było uskarżać się na brak zadziwiającej wprost otwartości. Wszyscy wiedzą, że przeczyszczanie uznawane było prawie aż do obecnych czasów za bardzo ważną czynność leczniczą. Przeprowadzanie tej procedury odbywało się zupełnie publicznie, jak tego dowodzą liczne obrazy z wczesnego średniowiecza oraz sam pomysł przedstawiania tego rodzaju rzeczy w ich całym komiźmie. Któż odważyłby się dzisiaj na coś podobnego? Ta sama epoka, która zabraniała pocałunków, czyniła z masturbacji zabieg leczniczy dla mężczyzn i kobiet, umożliwiający wydalenie „złych soków". Zasada powyższa obowiązywała całe stulecia, nawet już podczas ery chrześcijańskiej, dopóki ludzkość nie przeszła do drugiej krańcowo-

ści i wszelkie tego rodzaju wybryki uznała za ciężkie występki, pociągające za sobą wiąd duchowy i cielesny. Publiczne manipulowanie wykałaczką nie jest wprawdzie oznaką rozwiązłości, nie świadczy jednak z pewnością o subtelnej kulturze, przynajmniej w czasach obecnych; dawniej nie widziano w tym nic złego, ba nawet istniały kunsztowne wykałaczki, z których jedną, jak podają, całe życie nosił w zębach admirał *Coligny*.

Oto inny przykład: w początkach pojawienia się kiły nie uważano w ogóle, aby mówienie o swej chorobie mogło uchodzić za coś niestosownego. Wiele osób pyszniło się nawet z powodu tego cierpienia, pasującego mężczyznę na prawdziwego kawalera; książęta przesyłali sobie nawzajem bezwartościowe leki. Pewien lekarz posunął się nawet tak daleko, że ogłosił listę swej znakomitej klienteli, wśród której figurowali najwyżsi dostojnicy świata. Wkrótce jednak zarażenie się chorobą weneryczną zaczęło uchodzić za hańbę, sama zaś rozmowa o tym cierpieniu została uznana za zdrożną. W tym wypadku wstyd, i to fałszywy, odpowiadający jednak duchowi epoki, przyczynił się jedynie do zwiększenia nieszczęścia *).

Położnictwo i ginekologia były początkowo domeną kobiety. Uczucie wstydu przyczyniło się do tego, że mężczyźni jako lekarze byli trzymani zdala od wiedzy o chorobach kobiecych. Niektórzy dopatrują się przyczyny tego stanu rzeczy w naturalnym doświadczeniu kobiet, które oddało początki ginekologii do rąk kobiety i tradycyjnie pozwoliło jej na kultywowanie wiadomości nabytych w ciągu tysiącleci. U niektórych ludów do powyższego stanu mogło przyczynić się również zaliczanie rodzących do stworzeń nieczystych. Jakby nie było, aczkolwiek być może, że początkowo względy konkurencyjne przekazały kobietom położnictwo i ginekologię — w następnych wiekach aż do czasów nowoczesnych zasady wstydliwości obowiązywały nadal, tak że mężczyźni nie mieli możności wytworzenia zawodu lekarza chorób kobiecych. Istotnie, rzeczy rozgrywające się w pokoju położnicy aż do chwili porodu były ukryte przed okiem mężczyzn, wszakże i tutaj trafiały się wyjątki. Córka *Rogersa II* Sycylijskiego, niemiecka cesarzowa *Konstancja* nie wstydziła się odbyć porodu na otwartym rynku w Jesi (1194), oczywiście nie z braku dobrych obyczajów, lecz ze względów natury polityczno - państwowej: pragnęła mianowicie w ten sposób zapobiec ewentualnemu zarzutowi podstawienia dziecka. Średniowieczni propagatorzy dobrych obyczajów przestrzegali mężów przed kierowaniem swych żon do uwodzicielskich lekarzy. *Geiler von Kaisersberg* (1445 — 1510) przestrzega: „Skoro chcesz zachować swój dom w czystości, wystrzegaj się księży, mnichów, służących, kuzynów, lekkoduchów i lekarzy". O tym, jak dalece sami lekarze byli przeświadczeni, że nie można od kobiet wymagać poddawania się badaniu, świadczy najlepiej następująca historia z czasów nie wyróżniających się szczególną pruderią. W r. 1756 miał być wprowadzony wziernik *Darana*, umożliwiający

*) Por. Syphilis und öffentliche Meinung, *Moore*, Boston (Arch. Derm. 1939, t. 39).

jakoby rozpoznanie różnicowe pomiędzy upławami a rzeżączką. Lekarz *Girtanner* jednak sądzi o tym instrumencie, że jest on nie do użytku i „poza tym nie może być stosowany u żadnej białogłowy, która nie należy do najbardziej niegodziwej i nikczemnej kategorii rozpustnic“.

Gdyby obecnie kobieta zechciała pokazać swą pierś nieosłoniętą, tak jak to widać na obrazach średniowiecza, wówczas natychmiast ukazaliby się na widowni zgorszeni strażnicy cnoty; a jednak tego rodzaju „wolność piersi“ nie wywodziła się z rozwiązłości zwyczajów, lecz bierze swój początek z pokuty chrześcijańskiej. Podczas pobożnych ćwiczeń okręcano powrozem grzeszne ciało, przy czym nie można było uniknąć ześliźnięcia się stanika z ramion. W owych czasach byłoby bardzo nieobyczajnym ukazanie zgrabnych nóg po kolana i wyżej, dziś wolno je podziwiać podczas gdy o innych rzeczach należy milczyć. W ogóle zagadnienie stroju! Gdyby w dobie obecnej ktoś przejęty dziełem *Piotra Vischera* polecił sobie uszyć suknię podług mody króla *Artusa*, jaką można oglądać w kościele w Insbrucku, wówczas znowu publiczna moralność byłaby bardzo zagrożona. Cóż zaś możnaby powiedzieć o już wspomnianej modzie kobiecej, szczególnie o tych szatach, których nie widać. Tak na przykład noszenie reform stało się u kobiet powszechnym dopiero od roku 1850. Tam gdzie moda już uprzednio wprowadziła podobną bieliznę, obrońcy dobrych obyczajów (!) miotali gromy na ten rodzaj stroju, podówczas uchodzący za niestosowny a będący dzisiaj jedyną możliwą do pomyślenia formą osłonienia ciała; w 18. wieku noszenie majteczek przez kobiety było wyrazem dwuznacznych obyczajów *(Jaeger)*. Dozwolone były spodnie jedynie starszym damom. Co więcej, gdy obecnie przyjdziemy do muzeum, zobaczyć możemy cały szereg przedmiotów z dawnych dobrych czasów, które teraz stanowią grube uchybienie względem obyczajności, jak na przykład noszone przez niepłodne kobiety amulety nasuwające myśl o Priapie, obrazy scen z satyrami lub zdarzeń z pokojów kąpielowych i t. p. Jeżeli jednak otoczenie tego rodzaju przeniesie myśl naszą do minionych czasów, wówczas wszystko nie wyda się nam tak niemoralne i przybierze raczej postać zwyczaju, czy też przyzwyczajenia, poza którym niegdyś ukrywał się jakiś głębszy sens.

A ginekologia? Wciąż istnieją jakoby kraje, gdzie lekarz jest możliwie jak najdalej trzymany od chorej kobiety, ponadto zaś zarządza się wiele przygotowań mających ograniczyć samo badanie do minimum. Nie wszędzie panuje „naturalność“, opisana w naszych czasach w pewnej historii ginekologii a polegająca na tym, że pewien stary, nieco już słabowity lekarz korzysta bez sprzeciwu ze strony pacjentek z pomocy wioskowego kowala podczas cięższych porodów kleszczowych.

Z całą pewnością poczucie wstydliwości uległo pewnemu zmniejszeniu. Czytając jednak opisy lekarzy (1924 — 1933), którzy badali około 20 000 kobiet i stwierdzili jakoby przy tym reakcje w postaci wydawania nieartykułowanych dźwięków, chichotania (!) a nawet ruchy podobne do spółkowania (podobno jako zjawisko prawidłowe), można zrozumieć dlaczego w obliczu takich drwin z poddających się badaniu kobiet, wiele z nich wzbrania się przed badaniem, do którego również mężczyźni odnoszą się niechętnie. W tym świetle staje się zrozumiałe zdanie *Jungmichla* (Monachium) (Z. ärztl. Frtb. 1935, nr 19, 575), który w razie potrzeby częstych badań zaleca przeprowadzanie badania przez lekarkę ze względu na uczucie wstydu kobiety.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Wyskrobanie próbne i termin jajeczkowania.

Podług *Schroedera* przy 3-tygodniowym cyklu miesięcznym termin jajeczkowania przypada stale około 14. dnia po ostatniej menstruacji, podług *Knausa* natomiast zawsze 14 przed następną miesiączką. Dokoła powyższego terminu grupują się dni optymalnej płodności. Berlińska Klinika Kobieca badała ostatnio przy pomocy wyskrobania próbnego pewną kobietę z cyklem 3 i $^1/_2$ tygodniowym (w 11, 16 i 22 dniu). Wykryte zmiany błony śluzowej wskazywały, że jajeczkowanie dochodzi do skutku w 14. — 16. dniu po miesiączce (nie zaś na 15 dni przed terminem spodziewanego periodu).

Prof. dr Fauvet,
Klinika Kobieca, Berlin.
(Gebh. u. Frauenhlk. 1940 nr 5)

Zapobieganie w położnictwie.

Zapobiegawczo w położnictwie poleca *Jaschke* pożywienie obfitujące w witaminy, przede wszystkim podawanie witamin A oraz C w owocach i t. p., między innymi również Vogan=witamina A (w pierwszych 2 miesiącach codziennie po 10 kropli) lub też przetwory C; ponadto w niedorozwoju narządów płciowych w ciągu pierwszych 4 — 5 miesięcy ciąży 2 razy w tygodniu po 2 mg Progesteronu. Po 2. miesiącu obok C coraz większego znaczenia nabiera również B. *v. Jaschke* przypuszcza, że przy pomocy zarządzeń dietetycznych można zapobiec wszelkim poważniejszym niepowściągliwym wymiotom oraz rzucawce. Dalej należy zwracać uwagę, że podczas ciąży pH wydzieliny pochwowej powinno odpowiadać około $^1/_2\%$-owemu stężeniu kwasu mlecznego. Wszelka ingerencja w przebieg porodu jest dozwolona jedynie w razie bezpośredniego niebezpieczeństwa zagrażającego matce lub dziecku.

Prof. dr Th. v. Jaschke,
Klinika Kobieca, Giessen.
(Gebh. u. Frauenhlk. 1940 H. 5)

Mylne rozpoznanie kiły zamiast raka.

Niedawno napotkać można było w piśmiennictwie lekarskim szereg wzmianek o mylnym rozpoznaniu raka zamiast kiły; mogą zdarzać się jednak również wypadki odwrotne. *Winkelströter* donosi o przypadku pewnej kobiety, u której przed 2 laty wystąpiły objawy ze strony pochwy. Objawy te początkowo nie zostały spostrzeżone, później jednak doszło do krwawień hemoroidalnych, jednak i wówczas istotne podłoże cierpienia pozostało nierozpoznane. Badanie ginekologiczne stwierdziło głównie owrzodzenia sromu podejrzane w kierunku kiły. Pacjentka zo-

stała przekazana lekarzowi domowemu do leczenia kiły; teraz dopiero — lecz już poniewczasie — okazało się, że guzy krwawnicze w rzeczywistości były guzami rakowymi, natomiast owrzodzenia w pochwie trzeba było traktować już jako przerzuty.

Dr Winkelströter,
Szpit. Miejski, Kassel.
(Derm. Wo. 1940 nr 38).

Zwalczanie rzęsistków.

Rzęsistki wywołujące upławy znajdują się u kobiet bardzo często. Piśmiennictwo dowodzi, że u 40% wszystkich kobiet można znaleźć trichomonady. Również badanie prostytutek, „które przecież poświęcają wiele zachodu dla utrzymania w czystości swych narządów płciowych", wykryło rzęsistki w około 33%. Najróżnorodniejsze sposoby leczenia rzeżączki pozostały bez wpływu na rzęsistki pochwowe, które utrzymywały się bez zmian. Badane prostytutki ulegały zakażeniu rzęsistkami z powodu swego trybu życia — jak wiadomo mężczyźni mogą być nosicielami rzęsistków — natomiast za źródła dalszego zakażenia należy uważać kąpiele, wanny kąpielowe, przeznaczone do wspólnego użytku ręczniki oraz majteczki kąpielowe i t. p. Klinika w Gdańsku proponuje sposób zmniejszenia częstości trichomonasis przy pomocy badań kontrolnych prostytutek, podczas których zwracanoby uwagę na obecność rzęsistków. W odpowiednich przypadkach należy stosować właściwe leczenie. Klinika twierdzi, że od chwili zastosowania przez nią powyższego sposobu postępowania zaobserwowała zmniejszenie się częstości upławów rzęsistkowych.

Dr Beutler,
Klinika Dermatologiczna, Gdańsk.
(Öfftl. Geshd. 1940 nr 5).

O teorii Knaus-Ogino.

Już za czasów starożytnych Egipcjan wiedziano o istnieniu dni niepłodnych w okresie przedmiesiączkowym kobiety. Podług *Knausa* dni w pobliżu 14. dnia cyklu należy uznać za okres płodności. Szybkie obumieranie nasienia oraz komórki jajowej uniemożliwia zapłodnienie w pozostałych okresach. Jednakowoż duże trudności w określeniu dni płodności nastręczają się z powodu zmian terminu menstruacji, wywołanych wpływami natury psychicznej, podróżą, zmianą klimatu, wpływem okresu wiosennego oraz innymi przyczynami niewyjaśnionej natury. Prawie 50% kobiet wykazuje wahania do 3 dni, 23% do 6 dni oraz 5% nawet do 9 dni. Jedynie znajomość faz cyklu na przestrzeni conajmniej jednego roku pozwala na dokładne określenie dni płodności.

Dr Gerstner,
Tübingen.
(M. W. 1940 nr 13)

O leczeniu wymiotów ciężarnych.

W ciężkich niepowściągliwych wymiotach ciężarnych *v. Kutschera-Aichbergen* wykonuje wlewania NaCl (2 litry) oraz stosuje cukier gronowy z insuliną i witaminę C (wielokrotnie po 500 mg dożylnie). Przy pomocy powyższego postępowania powiodło się u pewnej kobiety uniknąć sztucznego poronienia, pomimo że pacjentka przybyła w ciężkim stanie hipochloremicznym. *v. Kutschera-Aichbergen* dla dalszego leczenia niepowściągliwych wymiotów proponuje hormon kory nadnerczy (Iliren i in.) oraz wyciąg wątrobowy Campolon. Autor nie widział natomiast przekonywujących wyników pod wpływem stosowania witaminy B.

Dr H. v. Kutschera-Aichbergen,
Szpital Wilhelminy w Wiedniu
(Wien. klin. Wschr. 1939 nr 17).

Niedokrwistość i niedokrwistość rzekoma w ciąży.

W makrocytarnej niedokrwistości ciążowej należy stosować większe dawki wątrobowe niż zwykle, np. co 6 dni po 12 cm³ Campolonu*), w razie potrzeby

---

*) W tych rzadkich przypadkach, gdzie niezbędnym jest wstrzykiwanie dożylne, *Gänsslen* proponuje, aby zabiegu dokonywać na chorych w pozycji leżącej,

powoli dożylnie. W ciężkiej niedokrwistości oprócz leczenia wątrobowego w rachubę wchodzi również przetaczanie krwi; obok tego wskazane są preparaty żołądka, HCl, żelazo i witamina B. W pewnych przypadkach zmuszeni jesteśmy do przerwania ciąży.

Dr G. Effkemann,
Klinika Kobieca, Düsseldorf
(Zschr. ärztl. Fortb. 1940 nr 8).

Niezwykła przyczyna pęknięcia macicy.

Bazylejska Klinika Kobieca donosi o pewnym niezwykłym przypadku, który jak się zdaje, dotychczas nie był jeszcze opisany. Chodzi mianowicie o pewien płód płci żeńskiej, który na 36 godzin przed porodem przebił nóżką ściankę macicy, zaczepiając potem nogą o brzegi wytworzonej rany. W następstwie doszło do zapalenia otrzewnej, które pomimo operacji i t. d. zakończyło się śmiercią matki. Dziecko natomiast odniosło jedynie kilka podłużnych otarć kończyny dolnej, które jednak wkrótce zniknęły.

Dr R. Hunizer,
Klinika Kobieca w Bazylei
(Ztrbl. Gyn. 1940 nr 20).

Nowoczesne wywoływanie porodu.

Sposoby wywoływania porodu, jak podawanie chininy, oleju rycynowego, Hypophysiny lub Thymophysiny zostały ostatnio wzbogacone możnością stosowania follikuliny. *Emmrich* stosował ją dożylnie w ilości 3000 — 10000 jedn. międzyn. u 63 kobiet. Dawka powyższa doprowadziła u 47 kobiet (= 74,6%) do porodu samoistnego. Bezpośrednio po zastosowaniu follikuliny pacjentki otrzymywały 1 j. V. Hypophysiny oraz w razie potrzeby tę samą dawkę trzykrotnie w odstępach półgodzinnych. Czas trwania porodu ulegał częstokroć znacznemu skróceniu, pomimo tego jednak nie można rozstrzygnąć, czy wywoływanie porodu przy pomocy follikuliny przynosi więcej pożytku od dotychczasowych, również nie zawsze skutecznych sposobów.

Dr Emmrich, Klinika Kobieca,
Hamburg — Eppendorf
(Ztrbl. Gyn., 1939 Nr 4)

Menstruacja i migrena.

U 4 kobiet podczas miesiączkowania pojawiała się ciężka migrena. Z powodu ścisłego związku z miesiączką u każdej z wymienionych kobiet można było uważać migrenę za wyraz niedomogi przedniego płata przysadki. Preloban (wyciąg całkowity przedniego płata przysadki) 2 — 3 razy dziennie po 25 jedn. dojrz. na kilka dni przed menstruacją, w jednym przypadku łącznie z Progesteronem, doprowadził do ustąpienia objawów chorobowych.

Dr Alexiu i dr Vulcanescu
(Rev. obstet., gin., Puericult.)
(Rumunia, 1939, Nr 4)

Chłopiec czy dziewczyna?

Odpowiedź na ciekawe pytanie „Chłopiec czy dziewczyna?", stawiane przez ciężarną jak i jej krewnych, pragnących jeszcze przed porodem uchylić rąbka tajemnicy, brzmiała dotychczas zawsze tylko jako „być może", które właściwie oznaczało tyle samo co: nie wiadomo. Obecnie *Ryoji Itoh* dowodzi, że powiodło mu się w moczu ciężarnych stwierdzić obecność zaczynu proteolitycznego trawiącego białko gruczołów jądrowych. Zaczyn ten pojawia się wyłącznie przed porodem chłopców, nigdy

zaś, jeżeli oczekiwany potomek jest płci żeńskiej. Stwierdzenie obecności powyższego zaczynu (zbadanej na podstawie rozszczepiania na aminokwasy białka jąder królika) ma bezwzględnie dowodzić rodzaju płci oczekiwanego dziecka. Dalsze badania powinny wykazać, jak dalece można polegać na tym nowym sposobie.

Dr Ryoji Itoh, Kyushu-Univ., Hukuoko

(Ztrbl, Gyn. 1940 nr 31).

Nowy sposób zwiększenia wydzielania mleka w połogu.

Środki moczopędne z grupy purynowej mają w pierwszych dniach po porodzie zwiększać niedostateczne wytwarzanie mleka. W tym celu podaje się 6 tabletek Theociny lub czopki z przetworem teofiliny albo też stosuje się wstrzykiwania dożylne roztworu teofiliny. Sposób powyższy został dotychczas wypróbowany u prawie 400 kobiet i okazał się skutecznym w 97,15%.

Dr G. Lehmann,
Klinika Kobieca, Würzburg.

(Ztrbl. Gyn. 1940 nr 35).

Leczenie tężca połogowego.

U pewnej 31-letniej kobiety, która dokonała u siebie płukania pochwy, doszło podczas tej czynności prawdopodobnie do skaleczenia macicy. Pojawiły się krwawienia. W krótkim czasie po zranieniu wystąpił tężec, leczony początkowo 5 g Avertiny oraz 12 500 jedn. antytoks. surowicy przeciwtężcowej dordzeniowo. Zranienie macicy posłużyło za wskazanie do całkowitego jej wycięcia, przy czym udało się stwierdzić miejsce zranienia w dolnej części macicy (poronienie). Chora otrzymała następnie jeszcze 12 500 jedn. antytoks. domięśniowo. Ostateczne wyleczenie osiągnięto wreszcie po łącznym zastosowaniu 720 000 jedn. antytoks. surowicy oraz 128 g Avertiny.

Dr W. Arbogast i dr E. M. Embacher,
Klinika Kobieca w Heidelbergu.

(Zbl. Gyn. 1940 nr 39).

Szybka metoda rozpoznawania ciąży.

3 cm³ krwi prawidłowej, zadane 3 γ histaminy, rozkładają 1,2 γ histaminy po upływie 1½ godziny w temperaturze 37°. Zwiększone liczby, a więc wzmożona zawartość histaminazy, przemawiają wyraźnie za ciążą, począwszy od wartości około 1,8 γ. Zawartość histaminazy ma ulegać zwiększeniu najwcześniej po upływie 14 dni od ustania miesiączkowania, od tej więc chwili możliwe jest wczesne rozpoznanie ciąży. Odczyn jest dodatni jedynie w „nienaruszonej" ciąży i daje się wykonać w ciągu 2 — 3 godzin.

Dr E. Werle i dr G. Effkemann,
Klinika Chirurgiczna i Kobieca
w Düsseldorfie.

(Kli. Wo. 1940 nr 28).

Nowe drogi w leczeniu rzeżączki kobiet.

Stosując leczenie sulfonamidami *Hohorst* nie zawsze uzyskiwał pomyślne wyniki u kobiet chorych na rzeżączkę, pomimo przygotowania przy pomocy swoistej szczepionki i nieswoistych ciał bodźcowych. Wyniki uzyskane przy pomocy sulfonamidów poprawiały się pod wpływem follikuliny względnie Cyrenu B. Skojarzenie chemoterapii z substancjami rujotwórczymi dawało wyniki do tego stopnia lepsze, że *Hohorst* odtąd zawsze ucieka się do powyższego sposobu w rzeżączce kobiet (jednak nie u ciężarnych).

Dr W. Hohorst i dr G. Liebmann,
Miejski Szpital, Berlin-Britz.

(Derm. Wschr., 1940, Nr 19).

Wydawca: »Bayer« -PHARMA
Warschau, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr. 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Zakł. Wydawn. M. Arct, S. A. Warszawa, Czerniakowska 225.

T R E Ś Ć:

Str.

Prof. dr Mayer: Wpływ krzywicy na przebieg porodu 195
Engelhart I.: Badania kontrolne dzieci leczonych Spirocidem z powodu kiły wrodzonej 196
Dr Tiling W.: Zagadnienie patologii i terapii zatrucia osesków . . 198
Prof. dr Rietschel: Leczenie coeliakii czyli sprue wieku dziecięcego 199
Dr Hofmeier K.: Ocena skuteczności czynnego uodporniania przeciw błonicy 201
Dr Seidlmayer H.: Leczenie czerwonki wieku dziecięcego przy pomocy bakteriofagów 202
Dr Prettin H.: Uliron, nowy środek do leczenia rzeżączkowego zapalenia spojówek 205
Dr Petersen Hans: Przyczynek do leczenia krztuśca przy pomocy szczepionek (Phytossan) 207
Dr Bajkay T. v.: Prontosil w schorzeniach septycznych górnych dróg oddechowych, szczególnie w zapaleniu migdałków podniebiennych 208
Dr Bischoff A.: Porażenia pobłonicze i Betaxina 209
Dr Widenbauer F.: Leczenie spazmofilii krystaliczną witaminą B_1 210
Prof. dr Meldolesi: Patologia i terapia postępującej dystrofii mięśni 211
Dr Schnetz H.: Witamina C oraz chinina w leczeniu grypy . . 213
Dr Heidingsfeld Helena: Leczenie stanów dyspeptycznych u dzieci preparatami taniny 214

NOTATKI TERAPEUTYCZNE:

Dr Chu F. T., Wu J. P. i *Teng C. H.:* Ostre zapalenie mózgu u dzieci 219
Dr König: Niezwykłe umiejscowienie błonicy 219
Dr Voigt H. W.: Narkoza u osesków i małych dzieci 219
Dr Doch R.: Przypadek pooperacyjnej postępującej zgorzeli skóry u oseska 220
Dr Prievara: Śmiertelne zatrucie alkoholowe u dziecka 220
Dr Meier A.: Przyczynek do zagadnienia wychowu wcześniaków . 220
Dr Müller i *dr Seidlmayer:* Czy surowica działa również przy diphteria gravissima? 221
Dr Dols i *dr Jansen:* Krzywica a emanacja radowa 221
Dr Goeters: Naturalna flora bakteryjna u noworodka 222
Dr Druckrey i *dr Linneweh:* Śmierć wskutek stempla na bieliźnie 222
Dr Staeps: O leczeniu enuresis nocturna 222
Dr Bassiakos St.: Grypa u oseska 223
Dr Zervos N. G.: Pierwotne zniekształcające zapalenie wielostawowe u dziecka 223
Dr Neuteboom J. J.: Zapobieganie wysypce osesków 223
Dr Werner S.: Przyczynek do zagadnienia zaburzeń wzrostu kości występujących pod wpływem przewlekłych zmian nerkowych . 223
Dr Friedrich R.: Pomyślna operacja zarośnięcia dwunastnicy . . 224
Dr Hartenstein H. J.: Biegunki u osesków i małych dzieci . . . 224
Prof. dr Hochrein M.: O leczeniu niemiarowości serca 224